СОГЛАСИЕ

на обработку персональных данных

Я,
(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии)
проживающий(ая) по адресу
документ, удостоверяющий личность: серия №
выдан
(кем и когда выдан)
в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27 июля 2006 г. № 152-Ф «О персональных данных», свободно, своей волей и в своем интересе даю согласи
Индивидуальному Предпринимателю Кудрявцеву Артуру Петровичу (ИНН 78480886258 ОРГНИП 325784700029230, город Санкт-Петербург, Ленинский проспект дом 176
квартира 47, 196191)
на обработку (любое действие (операцию) или совокупность действий (операций
совершаемых с использованием средств автоматизации
или без использования таких средств с персональными данными, включая сбор
запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление
изменение), извлечение, использование, передачу (распространени
предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение
следующих персональных данных: - фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии);
- фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии), - документ, удостоверяющий личность (серия, номер, кем и когда выдан);
- страховой номер индивидуального лицевого счета (при наличии);
- идентификационный номер налогоплательщика (при наличии);
- адрес регистрации и фактического проживания;
- адрес электронной почты, в случае отсутствия электронной почты - почтовый адрес;
- номер контактного телефона (при наличии).
Вышеуказанные персональные данные предоставляю для обработки в целя
осуществления возврата ошибочно уплаченных (взысканных) платежей.
Настоящее согласие действует на период до истечения сроко
хранения соответствующей информации или документов, содержащих указанную
информацию, определяемых в соответствии с законодательством Российской Федерации.
Отзыв согласия осуществляется в соответствии с законодательством Российско
Федерации.
« <u>»</u> 20 г.
(фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии)
(подпись)

Информированное добровольное согласие на проведение медицинских вмешательств

Я,							
(Φ.Ν.Ο.)							
являясь законным представителем (мать, отец, усыновитель, опекун, попечитель) ребенка							
(Ф.И.О. ребенка – полностью, дата рождения)							
(Ф.И.О. реоенка – полностью, дата рождения)							

даю информированное добровольное согласие на проведение медицинских вмешательств моему ребенку на весь период пребывания лагере с постоянным пребыванием на базе Детского Оздоровительного Лагеря «Возрождение» (поселок Рощино, улица Первомайская дом 2) (далее "Лагерь"), в том числе санитарно-гигиенических, противоэпидемичеких, лечебно-профилактических и оздоровительных мероприятий, направленных на охрану здоровья и жизни ребёнка, включающих:

- осмотр, в том числе термометрию, тонометрию, пальпацию, неинвазивные исследования органа зрения и слуха, функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы);
- опрос, в т.ч. выявление жалоб, сбор анамнеза заболевания;
- функциональные методы обследования, в т.ч. электрокардиография, УЗИ.
- проведение экстренных мероприятий при неотложных состояниях ребенка, включая введение препаратов (подкожно, внутримышечно, внутривенно)

В соответствии со ст.20 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан РФ» от 21.11.2011г. № 323-ФЗ в случае возникновения у моего ребенка неотложного состояния или обострения хронического заболевания

- добровольно соглашаюсь на оказание медицинской помощи моему ребенку медицинским работником Лагеря;
- добровольно соглашаюсь на осуществление моему ребенку консультации специалистов в сопровождении работника Лагеря;
- добровольно соглашаюсь на экстренную госпитализацию моего ребенка по решению медицинских работников Лагеря;

Я информирован(а) о неблагоприятных эффектах, возможных при оказании медицинской помощи, возможности непреднамеренного причинения моему ребенку вреда здоровью.

Я поставил(а) работников Лагеря в известность обо всех проблемах, связанных со здоровьем моего ребенка, в т.ч. об аллергических реакциях или индивидуальной непереносимости лекарственных препаратов, о перенесенных травмах, операциях, заболеваниях, принимаемых лекарственных препаратах.

Для предотвращения неблагоприятных ситуаций сообщаю следующие сведения:

Наблюдается ли ребенок по поводу какого-либо заболевания?	
Какого?	
Нуждается ли ребенок в постоянном приеме лекарственных	
препаратов? Каких?	
Есть ли у ребенка лекарственная аллергия? На какие препараты?	
Есть ли у ребенка непереносимость продуктов питания? Каких?	
Есть ли у ребенка противопоказания для занятий спортом?	

Другие сведения, з	аслужи	вающие вним	ания			
Наблюдается Какого?				поводу		заболевания?
Нуждаетс	-	бенок в посто	янном п	риеме лекарст	гвенных	
Нуждается ли реб	енок в	постоянном п	риеме ле	екарственных		
Разрешаю в случа сообщать по телефо		ходимости рег	пения во	просов, связа	нных со здоровьем	и моего ребенка
телефон		Ф.И	.О. закон	ного представи	ителя ребенка, родст	гвенника
Я,						
несу полную ответо моем ребенке.	ственно	сть за достовер	ность и п	олноту предста	авленной информац	ии о
Законный представ	итель ре	ебенка	/			
		под		O.		
Дата						
дити						